VIII kadencja

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 47)
z dnia 3 listopada 2016 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 47)

3 listopada 2016 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bartosza Arłukowicza (PO)**, przewodniczącego Komisji Zdrowia, realizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Marszałka Sejmu – na podstawie informacji Ministra Zdrowia – wniosku Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska o przedstawienie na posiedzeniu Sejmu „Informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia zaprezentowanych przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła Pani Premier Beacie Szydło w dniu 5 lipca 2016 r.”.

W posiedzeniu udział wzięli: **Konstanty Radziwiłł** minister zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Miłkowski** zastępca prezesa oraz Marek Woch pełnomocnik prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, **Renata Górna** radca w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych, **Bożena Janicka** prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Marek Jeziorski** przewodniczący Rady Nadzorczej Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Maciej Piróg** doradca Konfederacji Lewiatan, **Kamila Samczuk-Sieteska** prawnik w Naczelnej Izbie Lekarskiej oraz **Joanna Walewander** sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz **Mateusz Moksik** asystent przewodniczącego Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Longina Grzegrzułka**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk**- z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum. Stwierdzam przyjęcie protokołów z posiedzeń Komisji we wrześniu, od nr 37 do nr 41, wobec niewniesienia do nich zastrzeżeń. Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie i zaopiniowanie dla Marszałka Sejmu – na podstawie informacji Ministra Zdrowia – wniosku Klubu Parlamentarnego Platforma Obywatelska o przedstawienie na posiedzeniu Sejmu „Informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia zaprezentowanych przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła Pani Premier Beacie Szydło w dniu 5 lipca 2016 r.”.

Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam jego przyjęcie. Przystępujemy do pracy.

Na wstępie informuję, że Klub Parlamentarny Platforma Obywatelska wystąpił do Marszałka Sejmu z wnioskiem o uzupełnienie porządku obrad Sejmu o punkt dotyczący informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia – w tytule, jak przeczytałem. Pan marszałek Sejmu w dniu 19 lipca 2016 r. podjął decyzję o skierowaniu tego wniosku do Komisji Zdrowia w celu przedstawienia informacji przez przedstawiciela rządu na posiedzeniu Komisji oraz rozważenie potrzeby przeprowadzenia tej debaty na posiedzeniu plenarnym Sejmu. Przyjęty przez Komisję porządek dzienny obejmuje temat przedstawiony we wniosku Klubu Parlamentarnego PO. Na koniec posiedzenia Komisja podejmie decyzję, czy widzi potrzebę przeprowadzenia tej debaty w tej sprawie na posiedzeniu plenarnym Sejmu.

Czy są uwagi? Nie widzę zgłoszeń. Przystępujemy do pracy. Oddaję głos panu ministrowi. Bardzo proszę proszę. Czy pan minister chce zacząć?

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dzień dobry państwu. Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Zwyczajowo…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

…jestem do państwa dyspozycji, ale wydaje mi się…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

…wydaje mi się, że słowo wstępne jednak by się przydało, panie ministrze, żeby rozpocząć tę dyskusję, bo wiem, że wniosek dotyczy planów zmian systemowych, tych najbardziej kierunkowych, które były przedstawiane pani premier. Jeśli więc pan minister zechce, to bardzo proszę, a jeśli nie, to pani poseł Radziszewska. Panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Panie przewodniczący, nie do końca wiem, w jakim momencie i w jakiej formule miałbym się odezwać, bo, jak wynika z tego, co pan zresztą przed chwilą przeczytał, jest to kwestia zaopiniowania przez Komisję. Nie śmiem dyktować tego, co pan zamierza robić…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jasne…

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Jest to kwestia zaopiniowania, w jaki sposób ma się odbyć ta prezentacja. Tak zrozumiałem. W tej sprawie nie mam nic do powiedzenia. Nie jestem gotowy.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Rozumiem, panie ministrze. Pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Szanowny panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, panie ministrze, my chcieliśmy na sali sejmowej usłyszeć, co przyjął rząd do realizacji w zakresie zmian w obszarze ochrony zdrowia. Pan marszałek Kuchciński podjął decyzję, że ta debata nie odbędzie się na sali sejmowej, ale na posiedzeniu Komisji Zdrowia. I myślę, że zanim na posiedzeniu Komisji będziemy dyskutować na temat plantów pana resortu, to byłoby dobrze, żeby pan minister zechciał nam powiedzieć, jaki plan zaakceptowała pani premier Szydło już wiele tygodni temu. Wiemy, że pan był u niej na rozmowie – bo o tym pisały media i poinformował rząd – że pan przedstawił plan zmian z ich harmonogramem i zostało to przez rząd i panią premier Szydło zaakceptowane. Do dzisiaj, przez miniony rok – prawie rok – od kiedy pan jest ministrem zdrowia, nie wiemy, co chce pan zrealizować. Nie wiemy, jak ma wyglądać ochrona zdrowia w efekcie wprowadzonych przez pana zmian. Jaki ma być kształt systemu ochrony zdrowia? Jak pacjent ma być usadowiony w tym systemie? Na razie, z tych rzeczy, które pan wprowadza pod sejmowe obrady, wyłania się wizja chaosu. O czym bowiem decydujemy? O rzeczach, które są drugorzędne, które akurat panu przyjdą do głowy. Efekt jest taki, że jest wielki niepokój w całym środowisku medycznym, ale również wśród pacjentów. Jeżeli bowiem mówili państwo przed wyborami, że wszystkie oczekiwania pacjentów będą spełnione, a wszyscy pracownicy ochrony zdrowia będą usatysfakcjonowani zasadami pracy w różnych placówkach ochrony zdrowia i wynagrodzeniem, to chcielibyśmy wiedzieć, co pan zamierza zrobić.

Nie chodzi o to, żeby w ciągu kilku tygodni w okresie od wyborów, czy w 100 dni – jak w wielu wypadkach mówiła pani premier – pan przestawił gotowe ustawy. Dzisiaj dyskusja, która toczy się już publicznie, dotyczy rzeczy, które budzą wielkie wątpliwości. Chociażby system sieci szpitali. Pan wie, ile jest głosów w tej dyskusji i ile jest próśb do pana o zmianę tego, co pan zaproponował. Jest to jednak element. Na razie mamy taki efekt, że młodzi lekarze mają obcięte pieniądze ze środków rezydenckich, pielęgniarki protestują, że nie chcą wrócić do PRL-owskiego systemu kształcenia w liceach pielęgniarskich, farmaceuci mówią – my nie wyrażamy zgody na to, żeby zamknąć tech-

nika farmaceutyczne, bo punkty farmaceutyczne prowadzone przez techników, zwłaszcza w malutkich miejscowościach, po prostu upadną, i ileś rzeczy… To są drobiazgi. One są ważne, ale to są drobiazgi.

Panie ministrze, zanim rozpoczniemy poważną dyskusję, bardzo pana proszę, żeby pan powiedział, jaką ma pan wizję działania systemu ochrony zdrowia w Polsce – jaki to ma być system, jak będą krążyć pieniądze, kto będzie sprawować nadzór – bo mówienie o tym, że chcemy stworzyć centralny fundusz państwowy pierwszy raz… Przecież Narodowy Fundusz Zdrowia jest wyłączonym spod jurysdykcji polityków centralnym funduszem z oznakowanymi pieniędzmi. Panie ministrze, co pan chce osiągnąć i poprzez jakie zmiany organizacyjne w systemie ochrony zdrowia, w systemie krążenia pieniędzy, poprzez docenienie różnych pracowników ochrony zdrowia, bo przecież zawodów medycznych jest wiele. Jak pan chce uciszyć to, co dzisiaj dzieje się niepokojącego wśród pracowników ochrony zdrowia, którzy nie wiedzą, co mają robić, że wspomnę o pielęgniarkach, które przecież toczyły z panem walki, żeby nie odbierał im pan prawa kontraktowania z NFZ ich indywidualnych lub grupowych praktyk pielęgniarskich czy położniczych?

Panie przewodniczący, zanim zaczniemy dyskusję, pozwólmy, żeby po raz pierwszy usłyszeć to z ust pana ministra, bo przez 8 lat, kiedy PiS mówiło, że wprowadzi budżetowy system ochrony zdrowia, to my nie usłyszeliśmy, co to ma być, co to za zwierzę wyłoni się z tych opowieści. Rok już jest pan ministrem, mam więc nadzieję, że pan rzetelnie przedstawi to, co zaakceptował rząd i pani premier Szydło, a w drugim etapie przedstawi nam pan harmonogram – kiedy i w jaki sposób zamierza pan te zmiany wprowadzać i jak będzie wyglądać dialog społeczny w sprawie tych zmian, które pan proponuje. Panie przewodniczący, proponuję, żeby pan minister Radziwiłł opowiedział, co chce osiągnąć wprowadzając te zmiany.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję pani poseł za wprowadzenie do tematu i szerokie omówienie wielu aspektów. Panie ministrze, teraz pana głos.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowni państwo, nawiązując do tego pytania, które padło jako ostatnie, co chcę osiągnąć, to najchętniej odpowiedziałbym też jednym zdaniem, nawiązując do hasła lansowanego przez Światową Organizację Zdrowia, a także instytucje Unii Europejskiej, że chciałbym osiągnąć „Zdrowie dla wszystkich" – „Health for All". Myślę, że wszyscy tu obecni staramy się to hasło wypełnić. Oczywiście, tu nie chodzi o to, żeby w jakimś idealnym momencie wszyscy stali się zdrowi. To hasło „Zdrowie dla wszystkich" sprowadza się do tego – tyle zdrowia dla każdego, ile jesteśmy w stanie osiągnąć mając do dyspozycji przede wszystkim wiedzę w zakresie zdrowia publicznego, a także wiedzę i możliwości w zakresie medycyny. To w największym skrócie. Myślę, że to nie jest zaskakujące. Wszyscy moi poprzednicy, a także wszyscy ci, którzy będą ministrami zdrowia w przyszłości, na to pytanie powinni odpowiedzieć podobnie. Jest to jednak, oczywiście, bardzo ogólne stwierdzenie.

Żeby mówić o planach, trzeba przynajmniej krótko rzucić okiem na to, jak system ochrona zdrowia w Polsce dzisiaj wygląda. Po pierwsze, na podstawy obecnego systemu opieki zdrowotnej. Można powiedzieć, że od roku 1997, a w praktyce od roku 1999, podstawą funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia jest konstytucyjna zasada – a w zasadzie konstytutywna – powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. To jest nowa koncepcja, w którą weszliśmy w tamtym czasie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie ministrze. Rozumiem fotoreporterów, ale łatwiej będzie, panowie, chodzić na stopach, nie kolanach, i w międzyczasie, żebyśmy mogli pracować, jeśli mogę prosić. Panowie wprowadzają tu duży ruch. Chodzi mi tylko o to, żeby minister miał komfort mówienia.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo. Zasada powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego zasadniczo zmieniła podejście do systemu ochrony zdrowia, wprowadzając najpierw kasy chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia w jego kilku kolejnych odsłonach. Jak dobrze wiemy, ta zasada, w 1997 r. była decyzją polityczną o pewnym kierunku rozwoju, który wydawał się atrakcyjny ze względu na doświadczenia niektórych krajów europejskich – podkreślam, niektórych – przede wszystkim Niemiec, ale także innych. Poszliśmy tą drogą. Taka była decyzja polityczna.

Wiemy dobrze, że w międzyczasie było kilka orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego w tej sprawie, który – tak można powiedzieć – od początku miał pewne wątpliwości odnośnie do tego systemu. Zresztą, trzeba powiedzieć, że w okresie, kiedy wprowadzano ten system w życie, przynajmniej część ówczesnej koalicji rządzącej też miała odnośnie do tego duże wątpliwości. Można więc powiedzieć, że od początku założenie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego budziło pewne wątpliwości konstytucyjne. Kwestie powszechnego dostępu do służby zdrowia, tak zwanego koszyka świadczeń gwarantowanych i jeszcze kilka innych, nad którymi dyskutowano od początku, do dzisiaj nie straciły aktualności.

Korzeniem tego rozwiązania, jakim było powszechne ubezpieczenie zdrowotne, było również uznanie, że mamy do czynienia z rynkiem usług zdrowotnych albo rynkiem świadczeń zdrowotnych i powoli – chociaż dość konsekwentnie, a zwłaszcza w okresie ostatnich kilku lat, w postaci konkretnych ustaw – prowadziło to do tego, żeby uznać, iż usługi czy świadczenia zdrowotne są towarem, jeśli nie jak każdy inny, to podobnym do innych, a służba zdrowia – to a propos ostatniej dyskusji na jednej z dużych konferencji – przestała być służbą i zaczęła być po prostu rynkiem ochrony zdrowia. To słowo było używane bardzo często. Na początku dochodziło po prostu do komercjalizacji zachowań, a następnie do komercjalizacji własności – co obserwujemy szczególnie od 2011 r. – w sposób konsekwentny, planowy i zamierzony.

Wydaje się, że doprowadziło to do sytuacji, która, w jakimś sensie, jest sprzeczna z tendencjami na świecie, gdzie mamy do czynienia raczej z przejmowaniem przez państwo odpowiedzialności za ochronę zdrowia. Oczywiście, ona nie sięga tak daleko jak w czasach przed 1990 r., czy jeszcze wcześniej, przed 1989 r., kiedy państwo nie tylko odpowiadało za służbę zdrowia i ją finansowało, ale także było w posiadaniu wszystkich placówek służby zdrowia. Niemniej jednak wydaje się, że tendencje na świecie, nawet w najbardziej liberalnych gospodarkach, których przykładem są Stany Zjednoczone – to nie jest dobry przykład dla rozwiązań europejskich, ale pokazujący pewien trend – myśli się o tym, żeby państwo w tym systemie miało do powiedzenia więcej, a nie mniej.

U nas było troszkę na odwrót. Efektem tego jest bardzo daleko idące rozproszenie własności, w tym także własności publicznej, która jest bardzo słabo koordynowana. Efektem tego jest również język używany w tym obszarze. Nie ma już pacjentów. Nie ma też już tych, którzy udzielają im pomocy, tylko są świadczeniobiorcy albo usługobiorcy, świadczeniodawcy. Nie ma procesu diagnozowania i leczenia, tylko są usługi zdrowotne czy świadczenia zdrowotne. Są kontrakty. Są pojęcia limitu, nadlimitów, itd. Ten język, charakterystyczny dla rynku, rozwiązań gospodarczych – moim zdaniem, ale także zdaniem wielu innych – odsuwa nas coraz dalej od idei ochrony zdrowia jako czegoś, co jest objęte zasadą służby, współodpowiedzialności, solidarności i wsparcia dla tych, którzy są słabsi itd.

Ten brak koordynacji opieki wiąże się również z tym, że rynek świadczeń albo usług zdrowotnych charakteryzuje się bardzo dużą asymetrią informacji na temat tego, co jest dobre, a co złe, ujmując rzecz w największym uproszczeniu. Pacjent oczekuje po prostu pomocy, natomiast, z drugiej strony, w związku z rozwojem nauk medycznych, istnieje potrzeba spotkania przez niego osoby czy podmiotu, który by koordynował to, co się z nim dzieje.

Dzisiaj jest bardzo niewiele takich rzeczy, które można zamknąć w ramach jednej wizyty, jednego kontaktu z profesjonalistą medycznym. Ten brak koordynacji opieki nad pacjentem, a dodatkowo wielość mechanizmów, które sprzyjają zachowaniom o charakterze rynkowym, nastawionym na zysk albo przynajmniej zmniejszenie straty, a mówiąc

krótko, na wynik finansowy – nawet w przypadku tych placówek, które nadal mają charakter publiczny – prowadzą do zachowań, które często niewiele mają wspólnego z dobrem pacjenta nazywanego świadczeniobiorcą. Można powiedzieć, że w przekonaniu o tym, jak system powinien wyglądać, a także o zachowaniach własnych palcówek czy zatrudnionych tam profesjonalistów, zdecydowanie przeważa myślenie w kategoriach rynkowych, finansowych czy wręcz fiskalnych.

W przeszłości pojawiały się już idee, aby jakoś zatrzymać ten proces. Na przykład, w roku 2002 pojawił się pomysł na spółki użyteczności publicznej, jednak nigdy to nie przebiło się na tyle, żeby doszło do sytuacji, w której przywrócilibyśmy zasady pewnej równowagi, jeżeli chodzi o funkcjonowanie systemu, w taki sposób, aby ta koordynacja miała przewagę nad konkurencją.

Ta asymetria informacji, z jednoczesnymi tego typu tendencjami występującymi wśród świadczeniodawców, prowadzi do tego, że koordynacja opieki nad pacjentem praktycznie znikła. Wprawdzie próbuje się przywracać ją tu i ówdzie, ale można powiedzieć, że są to raczej incydentalne rozwiązania, a nie powszechne, a w związku z tym, mamy do czynienia, z jednej strony, z powszechnym zjawiskiem przerzucania kosztów przez pewne sektory świadczeniodawców na inne, i ze zjawiskiem, które w literaturze fachowej nazywa się spijaniem śmietanki albo wybieraniem rodzynek. Krótko mówiąc, z poszukiwaniem na tym rynku tego, zwłaszcza przez podmioty bardziej elastyczne, czyli niepubliczne, co bardziej się opłaca – zarówno świadczeń, które się bardziej opłacają, jak i pacjentów, którzy są bardziej opłacalni – a unikaniem tego, co jest nieopłacalne. Jednocześnie mamy do czynienia z zagubieniem pacjenta, który w tej sytuacji często intuicyjnie poszukuje rozwiązań, które nie są dla niego najlepsze, takich, jak, na przykład, konieczność leczenia u najwyższego stopnia referencyjnego specjalistów czy w jednostkach specjalistycznych, unikanie niższych poziomów opieki, co jest sprzeczne zarówno z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, jak i praktyką wielu systemów na świecie.

Na to wszystko nakłada się jeszcze jeden aspekt, który jest powszechnie znany i – jak myślę – zauważany przez wszystkich, którzy zajmują się systemem ochrony zdrowia. To jest permanentne niedofinansowanie tego systemu. Publiczne wydatki na służbę zdrowia od czasu, od kiedy w ogóle to się liczy, oscylują między 3,8 a 4,5% produktu krajowego brutto i są jednymi z niższych wśród krajów OECD, zarówno w liczbach bezwzględnych – ponieważ PKB w Polsce jest stosunkowo niski w porównaniu z wieloma innymi krajami – jak i w rankingu odsetka PKB przeznaczanego ze środków publicznych na zdrowie. Efektem tego są różnego rodzaju rankingi i oceny, zarówno polskie, jak i międzynarodowe, w których wypadamy bardzo źle. Można powiedzieć, że w najbardziej liczącym się rankingu, którym jest Europejski Indeks Konsumencki, lokujemy się na absolutnie wstydliwym miejscu, w dodatku, znacznie poniżej krajów, które – jak można powiedzieć – są mniej rozwinięte od Polski, mniej zamożne i mają za sobą trudniejszą historię. Cała ta sytuacja w oczywisty sposób wymaga naprawy, zarówno w oczach tych, którzy są ekspertami w służbie zdrowia, jak i obywateli – pacjentów, czy potencjalnych pacjentów.

Dodatkowym elementem, o którym należy tu wspomnieć, a który jest dostrzegany zwłaszcza przez ekspertów od zdrowia, jest bardzo niskie posadowienie zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia. Można powiedzieć, że pierwszym krokiem w dobrą stronę było przyjęcie w ubiegłym roku ustawy o zdrowiu publicznym. Jednak był to naprawdę pierwszy krok i patrząc na polski system ochrony zdrowia wciąż widać, że tego zdrowia publicznego zdecydowanie jest za mało. A skądinąd wiadomo, że to właśnie styl życia, zachowania prozdrowotne – odpowiadając na pytanie pani poseł Radziszewskiej – w znacznie większym stopniu stanowią o tym, co wpływa na zdrowie jako na pewną wartość całościową, niż wszystkie nasze bardzo kosztowne przedsięwzięcia w zakresie służby zdrowia.

Wydaje się, patrząc historycznie, że w związku z tymi wszystkimi tendencjami zarówno w obszarze zdrowia publicznego, jak i służby zdrowia w zakresie medycyny naprawczej, mamy do czynienia nie tylko z brakiem koordynacji na tych niskich poziomach, ale także z brakiem koordynacji i niedostatecznym nadzorem nad całym systemem ochrony zdrowia, ponieważ systematycznie w ciągu ostatnich ponad 20 lat państwo

wyzbywało się bezpośredniej odpowiedzialności i bezpośredniego nadzoru. W związku z takim nieciekawym obrazem polskiego systemu służby zdrowia, istnieje potrzeba przede wszystkim ponownego przejęcia czy podjęcia odpowiedzialności konstytucyjnej przez władze państwa za ochronę zdrowia. Mówię o odpowiedzialności, która ma charakter konstytucyjny i niezbywalny.

Zatem, pierwszym priorytetem działań, jakie podejmujemy, jest budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępną służbą zdrowia. Ta powszechna dostępność nie może być mierzona odsetkiem tych, którzy mają dostęp do świadczeń zdrowotnych. To, po prostu, jest wartość zerojedynkowa – albo ta powszechność występuje, albo jej nie ma. Trzeba powiedzieć, że wprawdzie w Polsce większość osób ma dostęp do publicznego systemu służby zdrowia, ponieważ w taki lub inny sposób uzyskuje status ubezpieczonych albo jest traktowana jak ubezpieczeni, ale nie są to wszyscy. To jest sprzeczne zarówno z konstytucją, z ogólnie przyjętymi zasadami większości krajów cywilizowanych, jak i z podstawowymi funkcjami cywilizacji, w jakiej jesteśmy, w której zdrowie przestało już być tylko prywatną sprawą danego obywatela, a jest przedmiotem naszej wspólnej troski, zobowiązania jednych wobec drugich, tego, co nazywamy solidarnością.

W związku z tym, w ramach tego pierwszego priorytetu, jaki kreślimy w tej koniecznej naprawie systemu, jest upowszechnienie dostępu do publicznego systemu świadczeń zdrowotnych, a co za tym idzie, również likwidacja instytucji powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – aczkolwiek tak się nie nazywa, ale jest tą instytucją – jaką jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Likwidacja NFZ nie oznacza oczywiście likwidacji wielu funkcji, jakie pełni ten Fundusz. Myślę, że to jest zadanie, które tutaj, szczególnie, kiedy przewodniczy Komisji pan minister Arłukowicz, było dostrzegane już wcześniej. Pan minister chyba jako pierwszy zaczął zapowiadać konieczność likwidacji NFZ jako instytucji, która nie spełnia oczekiwań. Wydaje się, że istnieje możliwość uzyskania konsensu w tym zakresie również z przedstawicielami opozycji, ponieważ idea bardziej bezpośredniej odpowiedzialności państwa za zdrowie, z jednoczesnym udostępnieniem publicznego systemu dla wszystkich, którzy tego potrzebują, jest bezdyskusyjna. Oczywiście, wiąże się to również z pewnymi przekształceniami struktur odpowiedzialnych za kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, zarówno na poziomie centralnym, gdzie po likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia będzie to minister zdrowia, jak i na poziomie regionalnym, wojewódzkim, gdzie likwidacji ulegną oddziały wojewódzkie NFZ i powstaną wojewódzkie urzędy zdrowia, które będą zależne „pionowo" od ministra zdrowia, czyli zorganizowane będą na zasadach tak zwanej administracji wojewódzkiej niezespolonej.

W związku z tymi przekształceniami, o których mówię, planujemy również odejście od zasady powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego – powszechnego tylko z nazwy, jak już wcześniej mówiłem – i przeniesienie środków na ochronę zdrowia do budżetu. Jak wiadomo, od niepamiętnych czasów – dokładnie od końca XIX w. – toczy się debata – z różnym skutkiem i w różnych krajach – o tym, w jaki sposób zbierać środki na zdrowie. Wiadomo, że już pod koniec XIX w. realizowany był bismarckowski model ubezpieczeniowy, ale równolegle w Danii powstał model zabezpieczeniowy, później – i najczęściej – nazywany beveridge owskim, od nazwiska lorda, który wprowadził to w Wielkiej Brytanii pod koniec lat 40. Wydaje się, że łatwiej jest realizować powszechny dostęp do świadczeń zdrowotnych w ramach publicznego systemu na bazie środków budżetowych, które w naturalny sposób dedykowane są wszystkim obywatelom, a nie tylko jakoś kategoryzowanym. W praktyce planujemy uprawnienie do korzystania ze świadczeń w ramach publicznego systemu, tak zwane uprawnienie rezydenckie, czyli prowadzące do sytuacji, w której obywatele Polski oraz inni – nie obywatele Polski – którzy mają legalne prawo do zamieszkania na terenie Polski, w każdej sytuacji zdrowotnej będą uprawnieni do korzystania z systemu.

W tej dyskusji o wyższości pierwszego lub drugiego rozwiązania, o których powiedziałem, często mówi się, że system ubezpieczeniowy zabezpiecza środki na zdrowie, gwarantuje ich nienaruszalność lepiej, niż rozwiązanie budżetowe. Rozwiązanie kompromisowe, uwzględniające tego typu dyskusję, jest przewidziane w polskim systemie finansów publicznych. Jest to państwowy fundusz celowy. Można powiedzieć, że jest to zakładka budżetowa, do której wpływają pieniądze z różnych źródeł, w tym także jako dotacja

z budżetu, ale tylko na cele określone w ustawie powołującej taki państwowy fundusz celowy. Wówczas te środki są bezpieczne.

Jeżeli chodzi o drugi priorytet, który już nie jest na poziomie meta – jak można powiedzieć – tylko raczej na poziomie operacyjnym, jest to kwestia koordynacji, w ogóle planowania tego, jakie zasoby są nam potrzebne, z czego powinno się korzystać i na jakich zasadach. Od wielu lat różni ministrowie podchodzili do tego w różny sposób, ale chyba wszyscy moi poprzednicy czuli, że jest potrzebne coś w rodzaju sieci szpitali – nie nazywamy tak tego w naszych projektach wprost, ale wszyscy o tym tak mówią, więc użyję tego określenia. W projekcie ustawy, która jest już na zaawansowanym poziomie legislacyjnym, nazywamy to podstawowym zabezpieczeniem szpitalnym, ale, ponieważ niektórzy nazywają to siecią szpitali, zostańmy przy tym określeniu.

Jednym z negatywnych zjawisk, z którymi mamy do czynienia – o czym już wcześniej wspomniałem – jest rozproszenie środków przeznaczonych na ochronę zdrowia i postępująca bez końca sekwestracja, podział, konkurencja wycinająca czy osłabiająca tych, którzy już na rynku są. Konkurencja niekoniecznie poprawia los pacjenta; Często jest odwrotnie, przez to, że wszyscy uczestnicy tego rynku, z którym mamy do czynienia, mają poważne problemy ze związaniem końca z końcem.

Sieć szpitali oparta będzie nie tyle na wskazywaniu czy budowaniu jakiejś struktury, ile na nowym systemie kontraktowania szpitali, bazującym na ryczałtowym wynagradzaniu szpitali, które spełniają określone wymagania. W uproszczeniu rzecz ujmując, w sieci znajdą się szpitale, które realizują przede wszystkim świadczenia „na ostro", czyli dysponują szpitalnym oddziałem ratunkowym albo izbą przyjęć, od co najmniej dwóch lat posiadają kontrakt i mogą wykonywać określone zadania. Te zadania w sieci szpitali będą polegać przede wszystkim – i to jest nowość – na połączeniu działalności szpitalnej z opieką ambulatoryjną przed i poszpitalną. To jest kwestia właśnie tego elementu koordynacyjnego.

Jednocześnie planujemy wprowadzenie trzech stopni działalności szpitali. Szpitale pierwszego stopnia – przede wszystkim małe, powiatowe, z dzisiejszego punktu widzenia. Szpitale drugiego stopnia – ponadpowiatowe i szpitale trzeciego stopnia – o charakterze wojewódzkim. Niezależnie od tego będą jeszcze trzy kategorie specjalistyczne szpitali onkologicznych i pulmonologicznych oraz pediatrycznych. Osobną kategorię tworzyć będą instytuty i szpitale kliniczne.

Przedostatnim z priorytetów, jeżeli chodzi o tę część naszych zamierzeń, będzie zwiększanie nakładów na służbę zdrowia. Jak mówiłem, to jest jeden z najpoważniejszych problemów. Myślę, że na tej sali, wśród osób, które zajmują się służbą zdrowia od lat, problem nie budzący wątpliwości. Te nakłady są naprawdę zbyt niskie w stosunku do naszych oczekiwań, do słusznych oczekiwań Polaków. W związku z tym, istnieje konieczność planowego zwiększania nakładów na służbę zdrowia.

Planujemy dociągnąć do pewnego przyzwoitego minimum, które jest świadectwem tego, w jaki sposób państwo traktuje zdrowie, czy ono rzeczywiście jest priorytetem. Tym minimum jest 6% produktu krajowego brutto. Niektórzy mówią, że to jest poniżej. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nie da się z dnia na dzień, z roku na rok albo w jakimś bardzo krótkim czasie osiągnąć takiej wartości, bo to by oznaczało, że do systemu zdrowia należałoby dzisiaj dosypać prawdopodobnie kilkadziesiąt miliardów złotych – prawdopodobnie około 40 mld zł. Zarówno poprzedni rządzący, jak i następni rządzący z trudnością mogliby sobie wyobrazić taką zmianę z roku na rok. Jednak – co wydaje się dobrą praktyką w różnych obszarach – pewnym rozwiązaniem jest coś, co nazywamy mapą drogową.

Ta mapa drogowa, zgodnie z naszym zamierzeniem, zacznie się od roku 2018 i będzie polegać na tym, że co roku nakłady publiczne na zdrowie będą się zwiększać o mniej więcej 0,2% PKB, aby w roku 2025, czyli po dziesięciu latach, osiągnąć poziom 6% PKB. Niektórzy mówią, że to za wolno i za mało, ale trzeba też powiedzieć, że dotychczas nie było takiego planu, aby nakłady na ochronę zdrowia wzrastały nie tylko w związku ze wzrostem gospodarczym, ale także ponad rozwój gospodarczy. Nikt bowiem nie neguje tego, że w ciągu ostatnich pięciu, dziesięciu, piętnastu, dwudziestu lat nakłady na ochronę zdrowia w Polsce, w rozumieniu realnych środków do dyspozycji, nie rosły. One oczy-

wiście rosły, ale trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że od roku 1999 – z małą poprawką na zwiększanie się składki na początku – takiego wzrostu praktycznie nie było. Jeśli był wzrost, to był on tylko pochodną wzrostu PKB, a przede wszystkim wzrostu zatrudnienia i wzrostu wynagrodzeń, bo to są te wskaźniki, w stosunku do których liczy się nakłady na ochronę zdrowia. My chcemy wyprzedzić ten wzrost nakładów. Zwracam również uwagę na to, że to jest podejście niezwykle światowe, dlatego, że jeżeli spojrzymy na…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, przepraszam na chwilę. Proszę o ciszę na sali. Pan poseł chciałby zgłosić wniosek. Momencik. Uporządkujmy sprawy. Pani poseł…

Panie ministrze, za chwilę będzie pan kontynuować. Jest wniosek formalny, więc muszę go przyjąć. Za chwilę dowiemy się, jak on brzmi i wtedy będziemy się zastanawiać, co z nim zrobimy. Ja jestem wiernym uczniem pana marszałka Kuchcińskiego.

Bardzo proszę, wniosek formalny. Przepraszam na sekundę, panie ministrze. Słucham, panie pośle.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie ministrze, myślę, że dobrze by było – jeśli byłaby taka możliwość – przejść do pytań. Wtedy uzyskalibyśmy więcej odpowiedzi na konkretne zagadnienia. Sądzę, że ten wstęp już zobrazował, w jakim momencie jesteśmy, a chcielibyśmy zadać panu ministrowi trochę pytań o przyszłość.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ten wniosek pokrywa się z moim niewypowiedzianym wnioskiem, abyśmy próbowali kondensować te informacje bez szczególnego odniesienia się do kontekstów historycznych, bo doszliśmy dzisiaj nawet do XIX w. Bardzo proszę kontynuować, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo. A zatem, reasumując, planujemy, aby nakłady na służbę zdrowia wyprzedzały wzrost gospodarczy, co byłoby światowym odniesieniem statystycznym. Można powiedzieć – jeżeli spojrzymy, na kraje OECD – że im większy produkt krajowy brutto, tym większy odsetek PKB te kraje przeznaczają na ochronę zdrowia ze środków publicznych.

Kolejnym priorytetem, jeżeli chodzi o nasze plany – to już przedostatni priorytet i zapewniam państwa, że już zbliżam się do końca – jest podstawowa opieka zdrowotna. Jest to zgodne z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia, a także praktyką tych krajów, które chętnie uznajemy za pewien wzorzec dla nas – to nie znaczy matrycę do skopiowania – bo służba zdrowia działa tam trochę lepiej niż u nas. Chodzi właśnie o oparcie systemu ochrony zdrowia przede wszystkim na podstawowej opiece zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna to nie lekarz rejonowy – jak niektórym się wydaje – ani nawet lekarz rodzinny, tylko zespół o szerokich kompetencjach, który pracuje w koordynacji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i z pewnością realizuje znacznie więcej niż jednoosobową działalność w tym zakresie. Dzisiaj, niestety, często tak to wygląda, że jest to działalność polegająca na roli dyżurnego ruchu, którym kieruje. To z całą pewnością za mało. Podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z opiniami ekspertów światowych, może zabezpieczać 80-85% potrzeb zdrowotnych obywatela. My chcielibyśmy zbliżać się w tym kierunku, a do tego jest nam bardzo daleko.

Koordynacja opieki nad obywatelem – podopiecznym, jeszcze nie pacjentem – ale później także nad pacjentem – o czym mówiłem – powinna być w znacznej mierze powierzona właśnie podstawowej opiece zdrowotnej. Koordynacja polegająca na tym, aby, po pierwsze, wiedzieć, co się dzieje z podopiecznym, z pacjentem, wtedy, kiedy jest on leczony w innych miejscach systemu, a także odpowiadać za to, jak i kiedy z tych innych elementów systemu pacjent korzysta. Ta informacja jest kluczowa, ale również bardzo ważny jest sposób finansowania. Dlatego, wśród rożnych zmian, o których tutaj nie będę mówić w szczegółach, chcielibyśmy dokonać zmiany tego, o czym też mówi się od bardzo wielu lat – moi poprzednicy też przymierzali się do tego. Mam na myśli zmianę finansowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna powinna być finansowana lepiej. Z wielu opinii ekspertów wynika, że odsetek przeznaczany na podstawową opiekę zdrowotną w Polsce w pewnym sensie determinuje to, jak ona jest mało ważna w całym systemie. To trzeba zmienić. Jednak, przede wszystkim, trzeba zmienić sposób finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. Wszyscy wiemy, że sposób kapitacyjny raczej demotywuje niż motywuje do działań. I to jest jedna z tych rzeczy, które powinny być zmienione. A zatem, podstawowa opieka zdrowotna nadal byłaby oparta na stawce kapitacyjnej, ale ta stawka byłaby modyfikowana, po pierwsze, dodatkiem za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi – co zresztą już było, ale w dość dramatycznych okolicznościach zostało zdjęte z agendy. Wydaje się, że do tego trzeba powrócić. Po drugie, dodatkiem motywacyjnym za profilaktykę i promocję zdrowia, bo ten element medycyny – jak już mówiłem wcześniej – wpływa w sposób znacznie bardziej koszt-efektywny na rezultat, jakim jest zdrowie. Stawka kapitacyjna byłaby też uzupełniana budżetem powierzonym na badania diagnostyczne i pewne elementy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wydaje się też, że w przypadku przynajmniej niektórych chorób można stosować tak zwaną premię za wynik, która zachęcałaby do jakości.

Jeżeli wspominam tu o jakości, to zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej, jak i w opiece szpitalnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a także w innych obszarach, planujemy wprowadzenie powszechnej zasady konieczności wywiązywania się z określonych wymagań w zakresie jakości leczenia i bezpieczeństwa pacjenta. To też jest podejście nowoczesne i powszechnie przyjęte w Europie.

I ostatnia rzecz, proszę państwa – chociaż bardzo mocno podkreślam, że nie najważniejsza – zdrowie publiczne. Wprawdzie dzisiaj jest ono jakoś zasygnalizowane ustawą o zdrowiu publicznym, która pewnie wymaga dalszego rozwoju, bo to jest pierwsze polskie doświadczenie od roku, to również jeżeli chodzi o struktury, zdrowie publiczne realizowane jest dzisiaj przez wiele instytucji, które mało ze sobą współpracują. To są zarówno Państwowa Inspekcja Sanitarna, Krajowe Centrum do Spraw AIDS, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, jak i częściowo Narodowy Fundusz Zdrowia oraz dość często zdezorganizowane akcje podejmowane przez jednostki samorządu terytorialnego. Chcielibyśmy, aby całość zdrowia publicznego była koordynowana przez powołany specjalnie do tego urząd zdrowia publicznego, który by koordynował te działania, a jednocześnie był wspierany w sposób merytoryczny przez jednostki naukowe, które zajmują się zdrowiem publicznym, a przede wszystkim przez Państwowy Zakład Higieny – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.

Proszę państwa, przepraszam, bo mówiłem, że to już ostatnia rzecz, ale dodam jeszcze jedną. Wymaga to osobnego zasygnalizowania. Niewątpliwie jednym z problemów systemu ochrony zdrowia, który, co bardzo mocno podkreślam, trzeba widzieć oczami obywateli i pacjentów, jest ogląd tego systemu oczami pracowników. To też jest niebagatelna sprawa, bo tych pracowników jest ponad 600 tys. – to są zarówno profesjonaliści medyczni, jak i wiele osób wykonujących zawody niemedyczne.

Doskonale wiemy, że w tym zakresie też nie jest dobrze. Moi poprzednicy podejmowali różne próby naprawienia tego. Wydaje się, że w niektórych przypadkach – przynajmniej, jeśli chodzi o spokój społeczny – są one skuteczne, chociaż generują wiele problemów dla płatnika, ale jakieś rozwiązanie systemowe w tym zakresie jest potrzebne. To rozwiązanie systemowe nie jest łatwe, dlatego, że mamy dzisiaj sytuację, w której rozdrobnienie czy rozproszenie różnych form zarówno własności placówek zdrowotnych, jak i sposobu zatrudnienia profesjonalistów czy w ogóle pracowników, powoduje – wbrew temu, co niektórym spoza systemu ochrony zdrowia często się wydaje – że nie jest to już sektor finansów publicznych, a w każdym razie sektor publiczny w rozumieniu dosłownym. W związku z tym, bardzo trudno jest to uregulować.

Nie jest już możliwe uregulowanie tego, na przykład, jednym przepisem w sprawie siatki płac, jak to jest możliwe w szczątkowych sektorach służby zdrowia, takich jak inspekcja sanitarna czy regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Większość systemu służby zdrowia jest już poza możliwością takiej regulacji. Dlatego przygotowaliśmy projekt regulacji w zakresie minimalnych wynagrodzeń zasadniczych pracowników

podmiotów leczniczych i w tym kierunku będziemy zmierzać, jeżeli chodzi o zabezpieczenie. Krótko mówiąc, zabezpieczenie tylko od dołu, poprzez zaproponowanie takich wynagrodzeń, poniżej których pracodawcy nie mogą absolutnie zejść, dla poszanowania godności osób pracujących w systemie służby zdrowia, który dzisiaj jest dość powszechnie łamany. Te propozycje, wcale niebudzące entuzjazmu w środowiskach pracowniczych, rozłożone na 5 lat – co łatwo policzyliśmy – powodujące „dociągnięcie" tych pracowników, którzy dzisiaj zarabiają mniej niż te minima, będzie nas kosztować w ciągu pięciu lat blisko 7 mld zł. To pokazuje rangę problemu. To pokazuje, jak wiele osób zarabia niegodnie mało i że nadal te progi, które proponujemy, wcale nie są satysfakcjonujące dla pracowników.

Panie przewodniczący, szanowni państwo, na koniec wypada powiedzieć, kiedy, bo to też jest element tego, jak będziemy się do tego zabierać. Jak państwo wiedzą – wprawdzie państwo posłowie nie otrzymali tego jeszcze w postaci druku sejmowego, to jednak interesują się państwo naszą aktywnością ministerialną – już w tej chwili na zaawansowanych stopniach obróbki legislacyjnej jest kilka projektów.

Jeżeli chodzi o projekt likwidujący Narodowy Fundusz Zdrowia i wprowadzający nowy sposób dostępu do świadczeń publicznych, to jest on jeszcze na etapie prac roboczych. Myślę, że w ciągu kilku tygodni będziemy mogli go upublicznić. Planujemy, żeby zaczął obowiązywać od 1 stycznia 2018 r.

Jeżeli chodzi o tak zwaną sieć szpitali, to jesteśmy już po konsultacjach publicznych, więc projekt ten niedługo będzie kierowany do Rady Ministrów, a następnie do Sejmu. Plan jest taki, aby już najbliższe kontraktowanie, które ma nastąpić w połowie przyszłego roku, odbywało się pod rządami tego rozwiązania.

Podobnie projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej – bo taki odrębny projekt przygotowaliśmy – jest już po konsultacjach publicznych i chcielibyśmy, aby on wszedł w życie również w połowie przyszłego roku. Od razu zaznaczę, że chciałbym, aby część rozwiązań, o których mówiłem, weszła w życie na zasadzie pilotażu. Niezależnie od wszystkiego, przygotowujemy rozwiązania legislacyjne, które będą umożliwiać tego typu kontraktowanie pilotażowe, żeby nie trzeba było wprowadzać tego od razu w całej Polsce jako powszechnego rozwiązania.

Projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych, o którym wspomniałem, także jest po konsultacjach publicznych. Chcielibyśmy, aby zaczął on wchodzić w życie już od początku 2017 r.

Wśród innych ważnych ustaw, które teraz są w obróbce, jest ustawa reformująca organizację Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Ona również jest w tej chwili po konsultacjach publicznych. Chcielibyśmy, aby ta ustawa weszła w życie od początku przyszłego roku. Taki jest plan.

Ustawa o urzędzie zdrowia publicznego miałaby wejść w życie również od 1 stycznia 2018 r. Ona jest w tej chwili na etapie prac roboczych, ale już bardzo niedługo będziemy mogli ją pokazać publicznie.

I wśród ważniejszych ustaw, o których warto w tej chwili wspomnieć, jest ustawa nowelizująca przepisy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Ta ustawa jest w tej chwili na etapie konsultacji publicznych.

Proszę państwa, to wszystko, o czym mówiłem, nie wyczerpuje oczywiście różnych zmian, jakie będziemy proponować w najbliższym czasie. One w znaczący sposób będą wpływać na to, jak będzie wyglądać system służby zdrowia w Polsce. Niewątpliwie warto, mówiąc o przyszłości, o jej podwalinach, zauważyć, że państwo już przyjęli ustawy – one już weszły w życie – które, po pierwsze, zatrzymały przymusową komercjalizację podmiotów publicznych, szpitali publicznych, a po drugie, wprowadziły konieczność oceny wniosków inwestycyjnych w ramach tak zwanego IOWISZ-a. Te dwie ustawy już działają. Można powiedzieć, że to są pierwsze kroki, które mają dalszy ciąg w postaci tego, o czym mówiłem.

I wreszcie ostatnia rzecz, o której warto wspomnieć, to także rozwiązania dotyczące gospodarki lekowej. Przygotowujemy dużą nowelizację ustawy refundacyjnej, która wprowadzi podobną do lekowej drogę dla wyrobów medycznych. Te ustawy też już są po konsultacjach publicznych i niebawem będziemy je kierować do Sejmu.

Panie przewodniczący, to chyba wszystko, co mogłem państwu w tej chwili przedstawić. Przepraszam, że trwało to długo, ale miałem dość karkołomne zadanie, żeby powiedzieć o bardzo wielu rzeczach w jednym czasie. Jestem oczywiście gotów do udzielenia odpowiedzi.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przystępujemy do pytań. Nie wiem, jak jest u was, ale moi premierzy oczekiwali precyzji, rekomendacji i decyzji. Pan minister Kamysz, bardzo proszę.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Bardzo dziękuję. Na wstępie chciałbym poprosić pana przewodniczącego, żeby umożliwił odpowiedzi panu ministrowi po zadaniu pytań przez poszczególnych posłów. Nie na koniec, tylko od razu, po zadaniu pytań, żebyśmy mogli konkretnie podyskutować o sprawach niezwykle ważnych.

Rozpocznę od sieci szpitali. Panie ministrze, szanowni państwo, jako pierwsze, pytanie, czy pieniędzmi, które otrzyma szpital znajdujący się w sieci szpitali, będzie on zarządzać na poziomie oddziału czy na poziomie całego szpitala jako jednostki.

Kolejna sprawa, to szpitale powiatowe. Czy może pan zagwarantować, że żaden szpital powiatowy nie zostanie zlikwidowany, że jeżeli szpital powiatowy nie wejdzie do sieci, to również otrzyma finansowanie z budżetu państwa. Bardzo bym prosił o precyzyjną odpowiedź na to pytanie, czy żaden szpital powiatowy nie zostanie zlikwidowany…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przepraszam na sekundę, zorganizuję trochę pracę. Ja będę prosił pana ministra o precyzyjne odpowiedzi, ale na precyzyjne pytania. Proszę więc, raz, dwa, trzy…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Bardzo proszę...

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

OK., to lecimy.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Tak jest. Kolejna sprawa, już nie sieć szpitali. Ile resort zdrowia zamierza przeznaczyć na wykonanie zgłoszonej wczoraj do Sejmu ustawy dotyczącej wsparcia kobiet w ciąży, rodzin z niepełnosprawnymi dziećmi. Tam jest kilka zadań – badania prenatalne, świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego, wsparcie psychologiczne, rehabilitacja lecznicza, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opieka paliatywna i hospicyjna, poradnictwo laktacyjne. Ile będzie zabezpieczonych pieniędzy na te działania od 1 stycznia 2017 r.?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Doprecyzuję, panie ministrze – dodatkowo, czy, ile jest dzisiaj.

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

To jest nowa ustawa, myślę więc, że musi być doprecyzowana ocena skutków regulacji i to, ile Ministerstwo Zdrowia chce na ten cel przeznaczyć środków, żeby to było godnie zrealizowane. To są ogromne pieniądze, jak szacuję patrząc na te zadania, bliższe miliardom niż milionom. Chciałbym więc uzyskać odpowiedź na to pytanie.

Kolejne pytanie. Mówił pan minister bardzo dużo o potrzebie zwiększania nakładów na służbę zdrowia. Chyba wszyscy z tym się zgadzamy. Czy jest pan zwolennikiem podniesienia składki zdrowotnej? Jeżeli tak, to o ile, a jeżeli nie, to z jakich źródeł chce pan zrealizować kolejne swoje plany, również ambicje resortu, ale przede wszystkim potrzeby zdrowotne mieszkańców i pracowników służby zdrowia.

Co z farmaceutami? Czy jest pan za rozszerzeniem zakresu ich działania, za opieką farmaceutyczną i podniesieniem roli farmaceuty w opiece zdrowotnej?

Czy jest pan minister za wprowadzeniem samorządu ratowników medycznych? To środowisko tego się domaga.

I ostatnie pytanie. Co z leczniczą marihuaną? Jakie jest stanowisko pana ministra w tej sprawie? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, panie ministrze.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję, panie pośle, panie ministrze. To jest taki przegląd od A do Z. Nie wiem, czy można mówić o tym, bo jest mowa o informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia, ale OK., wszystko w tym się mieści. O odpowiedź na pytanie szczegółowe, dotyczące tego, jak będzie liczony ryczałt w sieci szpitali, zaraz poproszę pana ministra Gryzę. Na pytanie, czy mogę zagwarantować, że żaden szpital powiatowy nie zostanie zlikwidowany, odpowiedź jest bardzo krótka, panie ministrze – nie mogę. Ani moi poprzednicy, ani ja, ani nikt w przyszłości nie może dać takiej gwarancji, że jakiś szpital nie zostanie zlikwidowany. Myślę, że pan też zdaje sobie z tego sprawę jako lekarz. Sytuacja jest płynna. Jednostki powstają, są, a następnie dożywają swego kresu.

Na marginesie tego pytania mogę powiedzieć tylko tyle, że uczestniczymy w projekcie rozpoczętym przez moich poprzedników, jakim są mapy potrzeb zdrowotnych. Temu, między innymi, służy ten mechanizm, żeby przyglądać się w sposób dynamiczny temu, co jest, czy jest to wystarczające, czy jest tego za mało, a może za dużo, bo tak też może być. Pan jest młodym lekarzem, ja troszkę starszym. Pamiętam, że za moich czasów, kiedy uczyłem się medycyny, zalecany okres leżenia w szpitalu po zawale mięśnia sercowego trwał 6 tygodni. Zresztą, podobnie jest z połogiem, który – jak wiemy – trwa 6 tygodni. Dzisiaj jest to coś zupełnie teoretycznego, zupełnie nieprzestającego do aktualnej wiedzy itd. Zdajemy więc sobie sprawę z tego, że z substancją szpitali, która była w Polsce 30 lat temu, nie pasujemy do dzisiejszej rzeczywistości medycznej. Tak więc z całą pewnością zmiany są i będą. Natomiast, mogę zapewnić, że to nie minister zdrowia będzie decydować o tym, czy dany szpital zlikwidować. Zwracam również uwagę na to, że między innymi ustawą nowelizującą ustawę o działalności leczniczej, którą dzięki państwa uprzejmości przyjęliśmy i ona weszła już w życie, wprowadziliśmy wiele mechanizmów i możliwości do dzielenia się i łączenia się szpitali oraz zakładania szpitali. Można więc powiedzieć, że tutaj sytuacja jest opanowana.

Jeżeli pyta pan o ustawę, którą często nazywa się „Za życiem”, jest ona w tej chwili na etapie projektu, który jest w Sejmie, ale – moim zdaniem – jest z wcześnie, abym mówił o konkretach, zwłaszcza, że instytucją prowadzącą tę ustawę jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i pan minister Michałkiewicz. Wydaje się, że tam należy kierować pytania. Ja ze swej strony mogę powiedzieć, że bardzo intensywnie pracujemy nad tak zwanymi produktami – mówiąc brzydko – czyli rozwiązaniami, które będziemy oferować w ramach tej ustawy paniom czy rodzinom, w przypadku których pojawia się problem tak zwanej trudnej ciąży. Z całą pewnością, finanse na to się znajdą.

Pan pyta o nakłady w kontekście podwyższania składki. Panie pośle, zwracam uwagę na to, że my pracujemy nad rozwiązaniem – o czym mówiłem – które odchodzi od składki i od powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie planujemy tego w najbliższym czasie, ale ten najbliższy czas, jeśli ziszczą się te plany, o których mówiłem, to około 15 miesięcy. To oznacza okres do końca tego roku i jeszcze przyszły rok, a potem składki nie będzie, dlatego, że rozwiązanie będzie oparte na państwowym funduszu celowym, czyli podatku. Zatem, składki nie będzie. W tym czasie składka raczej nie wzrośnie – mówię o przyszłym roku. W każdym razie, ja takiego planu nie mam. Natomiast, jeśli chodzi o rok 2018, plan jest taki, żeby na podstawie ustawowej regulacji gwarantować określony poziom nakładów publicznych na ochronę zdrowia jako odsetek produktu krajowego brutto. To powtarzam, bo już o tym mówiłem.

Pyta pan o przyszłość farmaceutów. Proszę państwa, to jest dylemat, nad którym rzeczywiście pracujemy, zresztą w kontakcie zarówno ze środowiskiem samych farmaceutów, jak i przedsiębiorców, którzy są zaangażowani w apteki. Pytanie, jakie pan zadaje, jest dość zasadnicze i wszyscy powinniśmy odpowiedzieć – czy apteka powinna być bardziej placówką ochrony zdrowia czy sklepem. Pewnie to nie jest wybór zero-jedynkowy, ale wydaje się, że zbliżanie się w stronę sklepu generalnie nie jest dobrze

przyjmowane nie tylko przez farmaceutów, ale także przez pacjentów, który mogą się w tym zgubić, i gubią się, proszę państwa, o czym doskonale wiemy, zwłaszcza, że tu, na sali, siedzi sporo lekarzy. Gubią się, na przykład, wydając ogromne pieniądze na rzeczy, które z punktu widzenia zdrowia często nie mają żadnej wartości, a wyglądają jak leki. Mówię, na przykład, o suplementach. W związku z tym, wydaje się, że pana pytanie jest zasadne, a moja odpowiedź jest na razie w kategoriach strategicznych – wydaje się, że istnieje konieczność wykorzystania potencjału farmaceutów, między innymi w opiece farmaceutycznej, ale musi to się odbyć razem ze zmianami w zakresie asortymentu, jaki powinien być dostępny w aptece, a niedostępny w sklepie i odwrotnie – jaki nie powinien być sprzedawany w aptece, a może być sprzedawany na zewnątrz, oczywiście z pewną elastycznością. Na przykład, chyba trudno byłoby znaleźć kraj na świecie, gdzie niektóre leki w małych opakowaniach – do stosowania doraźnego – nie są dostępne również poza aptekami. To jest strategiczny obraz tego, i nad tym pracujemy.

Samorząd ratowników medycznych. W tej chwili nie planujemy takiego rozwiązania. I ostatnie pytanie – namazałem, ale nie wiem, co. Aha, marihuana.

Proszę państwa, osobiście mogę powiedzieć, że mam bardzo poważne wątpliwości w stosunku do projektu, który w tej chwili jest opracowywany. Gdyby ten projekt miał się stać jakąkolwiek furtką do legalizacji marihuany używanej w celach zupełnie niemedycznych, byłoby to wielkim nieszczęściem i wszyscy tu bylibyśmy za to mocno współodpowiedzialni. Chciałbym tego uniknąć.

Wiem również, że moi poprzednicy opierali się takim rozwiązaniom i jestem im wdzięczy. To mi dodaje trochę odwagi do tego, żeby robić coś w rodzaju wspólnego frontu przed tego typu działaniami. Zainteresowanie tym obszarem organizacji typu Stowarzyszenie Wolne Konopie pokazuje, że takie niebezpieczeństwo istnieje. Nie chcę nikomu wkładać w usta tego, czego nie powiedział, czy przypisywać złych intencji, ale to zainteresowanie jest faktem. Myślę, że musi to być rodzaj wspólnej odpowiedzialności za to, żeby nie zrobić krzywdy przede wszystkim dzieciom…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze… Drodzy państwo, rozmowy na inny temat prowadzimy poza tą salą. Będę w tym konsekwentny. Przepraszam, bo chciałem powiedzieć, że na sali ma być cisza – będę starał się, aby była cisza.

Minister zdrowia Konstanty Radziwiłł:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Natomiast, jeżeli chodzi o konkretne rozwiązania, to wydaje się, że kierunkiem, jaki można przyjąć, jeśli chodzi o marihuanę, jest udostępnienie… Proszę państwa, mamy też wspólny problem – jest tu na sali dużo lekarzy – że nadal są słabe dowody na to, że ona jest skuteczna i bezpieczna jako substancja, którą można stosować jako lek. W związku z tym, prawdopodobnym rozwiązaniem kompromisowym mogłaby być delegacja dla ministra zdrowia w tym zakresie, żeby opisać sytuacje wyjątkowe, w których, jeśli lekarz wnioskuje o to dla danego pacjenta, tego typu preparaty byłyby dostępne. Ja to widzę tylko w takich kategoriach. Natomiast, moim zdaniem, różnego rodzaju rozwiązania, na przykład, proponujące rozluźnienie zasad uprawy marihuany, w ogóle nie wchodzą w rachubę, bo to są rzeczy niebezpieczne. Możemy zrobić po prostu wielką krzywdę przede wszystkim polskiej młodzieży, która mogłaby… To, że marihuana jest narkotykiem, nie ma wątpliwości. Oczywiście, są substancje narkotyczne, których używamy w medycynie, ale wiadomo, że to musi być opisane bardzo ostrożnie. I poprosiłbym pana ministra Gryzę o odpowiedź na pierwsze pytanie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, moment. Spróbuję zorganizować prace Komisji tak, żeby to przebiegło w miarę sprawnie. Zwracam uwagę posłom, ale nie zwykłem zwracam uwagi ministrom, dlatego, że każdy minister ma prawo wypowiedzieć swoje przemyślenia, plany, strategię – sam nim byłem przez 4 lata, więc wiem, jakie to jest trudne, a czasem trudne też do przekazania. Apeluję więc do panów ministrów także o to, żeby wypowiedzi były precyzyjne. Pan minister – nawiążę tylko do marihuany – zatoczył wielkie koło, a skończył tym, że chce pan, żeby było tak, że jeśli lekarz widzi taką potrzebę, to może dla pacjenta

ściągnąć… Tak już dzisiaj jest, panie ministrze. Pan to wie, i ja to wiem. Czyli, chce pan, żeby było tak, jak dzisiaj, i tyle. To jest cała odpowiedź na to pytanie, a gadaliśmy o tym przez 7 minut.

Zanim odpowie pan minister Gryza, chcę się dowiedzieć, ilu posłów chce zadać pytanie. Ręka do góry. Pan już zadał pytanie. Pan też musi? Ja też mogę. Na razie jest czterech posłów. W kolejności, pan poseł Ruciński, bardzo proszę…

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, a czy ja mogę odpowiedzieć na te dwa pytania?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam. Faktycznie jest zaległa odpowiedź. Proszę tylko o dostosowanie się do mojej prośby.

Podsekretarz stanu w MZ Piotr Gryza:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, panie pośle, odniosę się jeszcze do tego pytania o szpitale powiatowe. Żeby przekonać pana do tego rozwiązania, słowo na temat tego systemu. Otóż, system podstawowego zabezpieczenia świadczeń szpitalnych wprowadzamy w system zbudowany obecnie. Zatem, de facto reguły, jakie funkcjonują w tym systemie, zostaną, z wyłączeniem tych szpitali, które zostaną wprowadzone do tego podstawowego systemu. Dlatego, jeśli szpital nie znajdzie się w tej sieci, to, po pierwsze, na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w tej chwili – bo później, kiedy będzie zmiana płatnika, trzeba będzie ten system zmienić – może zostać do tej sieci wskazany ze względu na znaczenie, na dostęp do świadczeń zdrowotnych. A po drugie, oprócz tego pozostaje obszar konkursów na świadczenia. Zatem, w zakresie, w którym nie znalazłem się w sieci, mogę stanąć do konkursu, podobnie jak wszystkie pozostałe podmioty. Jakby nieco parafrazując pana pytanie, odpowiem, że ryzyko albo szansa nie znalezienia się w systemie sieci dla szpitala powiatowego jest znacznie mniejsza niż teraz, dlatego, że w tej chwili pan również nie uzyska odpowiedzi na pytanie, czy jeśli pan stanie do konkursu ze szpitalem powiatowym, to pan ten konkurs wygra. A z projektu tego rozwiązania przynajmniej wiadomo, że istotne szpitale – a szpitale powiatowe są istotne w dużej albo bardzo dużej mierze – w tej sieci się znajdą. I to ryzyko, o którym pan mówi, jest znacznie mniejsze, a w systemie konkursowym takie ryzyko na pewno zawsze istnieje. To drugie pytanie.

Natomiast, pierwsze pytanie związane jest z tym, czy ten ryczałt będzie odniesiony do całego podmiotu, czy do pewnych jego obszarów. Po pierwsze, to jest regulacja niższego rzędu, dlatego, że jest to regulacja prezesa NFZ, podobnie jak teraz, bo jest to kwestia umowy pomiędzy płatnikiem a wykonawcą świadczeń. Założenie jest takie, po pierwsze, że ten ryczałt ma obejmować nie tylko oddziały, ale również lecznictwo ambulatoryjne. Pomysł jest taki, żeby on był na cały zakres świadczeń, ale umowa, która będzie wiązać płatnika i wykonawcę świadczeń, określi pewne minima, jakie muszą być w tym zakresie wykonane, żeby podmiot nie miał całkowitej dowolności zrobienia z tym zakresem, który jest mu przeznaczony, co uzna za stosowne, i żeby w pewnych obszarach mógł się poruszać. Tak więc, odpowiedź jest taka – na całe, łącznie z lecznictwem ambulatoryjnym, ale z pewnymi wymaganiami określonymi w umowie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo proszę, pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie ministrze, moment. Panie pośle Kamysz, przy całej sympatii dla pana posła, muszę dopuścić innych posłów. Proszę poczekać chwileczkę…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Ja też mam wielką sympatię dla pana przewodniczącego, ale…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, ja kieruję dyskusją. Teraz poseł Miller…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Tylko jedna rzecz…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Nie, bo będzie chaos w dyskusji. Pan poseł Miller…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

Ważna sprawa dotycząca ustawy o wspieraniu kobiet w ciąży i ich rodzin, bo ona dzisiaj będzie w drugim czytaniu, a jutro będzie głosowanie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ja dopilnuję tej sprawy, bo też czekam w kolejce, skromnie i cicho na możliwość zadania pytania…

Poseł Władysław Kosiniak-Kamysz (PSL):

To bardzo bym prosił, żeby pan przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Doprecyzuję to. Pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Panie ministrze, mam pytania z kilku dziedzin…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Czas na zadanie pytania, minuta…

Poseł Rajmund Miller (PO):

…ale pan minister coś czyta, więc nie wiem, czy mogę zadawać pytania.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Proszę zadawać pytania.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Wprowadziliśmy poprawki do ustawy o lekach. Co Ministerstwo zrobiło przez ten rok w celu ograniczenia wywozu leków? Czy Ministerstwo wykorzystało możliwość nakładania kar, bo to są duże możliwości uzyskania środków dla Ministerstwa, jeżeli chodzi o karanie tych, którzy wywożą leki? Drugie. Czy w sieci szpitali państwo planują powiązanie laboratoriów ze szpitalami, czy dalej laboratoria, które udzielają świadczeń, będą spoza siecią szpitali?

Trzecie pytanie. Jeżeli to jest taka dobra zmiana, to chciałbym, żeby państwo zainteresowali się, dlaczego w moim mieście zamknięto oddział chirurgii naczyniowej. To był oddział, w którym naprawdę uratowano wiele osób. Jest blisko do Opola, a tam jest tylko jeden oddział. Chciałbym, żeby państwo zainteresowali się tym, dlaczego ta naczyniówka została zamknięta.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję, panie pośle. Pani poseł Chybicka.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Ja chciałabym ad vocem wypowiedzi pana posła Millera…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam. Kto mówi ad vocem?

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Poseł Katarzyna Czochara.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł nie ma w tej chwili możliwości odpowiadania ad vocem. Ja prowadzę te obrady. Mówi w tej chwili pani poseł Chybicka.

Poseł Alicja Chybicka (PO):

Panie ministrze, panie przewodniczący, mam następujące pytania. Zgodnie z zarządzeniem, pytanie pierwsze. Czy przewiduje pan nacjonalizację i podporządkowanie Ministerstwu Zdrowia pierwszej linii, podobnie jak działa ustawa antyprywatyzacyjna, w odniesieniu do szpitali?

Pytanie drugie. Czy zdrowie publiczne nie powinno być koordynowane i finansowane bardziej przez dział edukacji? Przy nikłych środkach, jakie ma pan do dyspozycji, boję się, że w przypadku budżetu wyszarpywanego z dużego budżetu państwa, będzie jeszcze gorzej. Na przykład, przez Ministerstwo Edukacji Narodowej – edukacja zdrowotna, szkolnictwo wyższe – edukacja zdrowotna, dieta, styl życia oraz środowisko – Ministerstwo Środowiska.

Pytanie trzecie. Czy nie powinno się zapytać tych, którzy płacą składki, czyli Polaków, na co chcą je wydać, czy przy tych szczupłych środkach, kiedy zachorują, wolą umierać? Chcę przypomnieć, że w Polsce umiera 30 tys. ze 180 tys. Polaków, którzy chorują na nowotwór, w odróżnieniu od chorych leczonych w krajach ościennych – Czechach, Niemczech, Francji. Jest to różnica 20% wyleczalności, co spowodowane jest systemem funkcjonującym tak, a nie inaczej, i brakiem środków na innowacyjne terapie, głównie terapie celowane.

Pytanie kolejne. Czy może pan zagwarantować – to jest pytanie z rodzaju bliższa ciału koszula – że w Polsce żadne dziecko chore na nowotwór nie umrze wskutek wprowadzonych przez pana zmian, w wyniku których budżet wpadnie do wielkiego kotła – bo wszystkich 18 hematoonkologii dziecięcych w Polsce to są części wielkich szpitali – i zabraknie na leczenie dzieci? Chcę podkreślić, że spodziewamy się wzrostu zachorowań na nowotwory – to są szacunki światowe. Jak to się ma do określonego budżetu? Jak to się ma? Budżet nie będzie zwiększany, więc skąd mają się wziąć środki w przypadku nowych zachorowań. Czy jest pan pewien, że przy tych przewidywaniach, kiedy duże środki idą na pierwszą linię, kiedy robi pan rewolucję polegającą też na tym, że zmienią się szyldy – a to wszystko będzie kosztować – nie zabraknie środków budżetowych na procedury ratujące życie?

I wreszcie, ostatnie pytanie. Co Ministerstwo Zdrowia zrobiło do chwili obecnej, żeby zahamować wyjazdy młodych lekarzy po rezydenturach? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pani poseł Libera.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, nie osiągnie pan „zdrowia dla wszystkich" przeobrażając tylko i wyłącznie system organizacyjnie, a nawet finansowo. Pan o tym doskonale wie, że system ochrony zdrowia oddziałuje na zdrowie obywateli tylko w 10-procentach, więc cała polityka i strategia skupione tylko na zmianach organizacyjnych, na sieci, na budżetowaniu, na pewno nie jest tą drogą, którą powinien pan iść. Dziwię się również, że jest pan takim wrogiem komercjalizacji i prywatyzacji. Mówi pan, że całe zło w systemie jest spowodowane właśnie prywatyzacją, a przecież w tej chwili na piedestał wchodzi POZ, w której głównie są podmioty prywatne, panie ministrze. Jak więc jest? Tu jest jakiś dualizm.

I trzy krótkie pytania. Pierwsze, odnośnie do sieci. Dlaczego do sieci nie idą szpitale przede wszystkim ze względu na jakość? Dlaczego państwo nie promują jakości, tylko idą w starą stronę rozdawnictwa, że w każdym regionie ma być jeden szpital powiatowy czy publiczny. Mam więc pytanie, czy każdy z tych szpitali na pewno jest szpitalem bezpiecznym.

Drugie moje pytanie dotyczy nowej ustawy „Za życiem". Dziwię się bardzo, że ustawa ta nie będzie procedowana także na posiedzeniu Komisji Zdrowia, ponieważ wiele jej artykułów dotyczy, między innymi, świadczeń zdrowotnych. Mam do pana konkretne pytanie, panie ministrze. W jaki sposób te pacjentki w zagrożonej ciąży i później, po porodzie, będą omijać kolejki, na przykład, do hospicjum? Proszę powiedzieć, co się stanie, jeżeli nagle pojawi się pacjentka, a tam są przecież zapisy, jest kolejka. Czy będziemy dostawiać łóżka, a może usuwać pacjentów? Zupełnie tego nie rozumiem.

I trzecia rzecz, związana ze zdrowiem publicznym. Mówił pan, że jest to priorytet. Proszę więc powiedzieć, dlaczego przez rok ustawa nie jest realizowana i do tej pory nie ma komitetu sterującego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Pawłowicz, a następnie pan poseł Zembala.

Poseł Zbigniew Pawłowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, moje pytanie jest bardzo krótkie. Mówiąc o sieci szpitali wyodrębnił pan szpitale onkologiczne. W związku z tym, pytam, jakie kryteria będą brane pod uwagę do określenia, że szpital jest szpitalem onkologicznym. Czy to będą kryteria jakościowe, czy kompleksowości świadczeń, czy w zależności od tego, kto jest organem założycielskim lub właścicielem i czy w tej sieci szpitali onkologicznych znajdą się również podmioty komercyjne?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Jeszcze pan poseł Ruciński przed posłem Zembalą, dlatego, że w sposób zupełnie niezamierzony nie udzieliłem panu posłowi głosu.

Poseł Marek Ruciński (N):

Dziękuję, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, panie ministrze, mam 5 pytań i postaram się być jak najbardziej konkretny.

Pierwsze pytanie dotyczy zespołów lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o których pan mówił. W tych zespołach poza lekarzem są pielęgniarka, położna i dietetyk. Proszę powiedzieć, dlaczego w czasach, kiedy społeczeństwo się starzeje, a młodzież jest coraz tęższa – dietetyk nie wystarczy, zabrakło tam fizjoterapeuty. Czy to jest przeoczenie, czy świadome działanie? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie dotyczy sieci szpitali. Mówił pan o szpitalach specjalistycznych – poza trzema stopniami referencyjności, tak to nazwijmy – i wymienił pan trzy specjalności: pulmonologię, onkologię i pediatrię. Czy w Ministerstwie nie zauważono takich szpitali jak reumatologiczne, które w dobie określonych profili chorobowych – a są w Polsce takie 4 – mogą zniknąć z mapy szpitali?

I również pytanie dotyczące sieci szpitali. Czy te szpitale pierwszego kontaktu – tak je nazwijmy – będą pozbawione traumatologa, nie mówię ortopedy? Czy grozi nam powrót do czasów, kiedy podstawowe złamania zaopatrywać będzie chirurg, co – z całym szacunkiem dla chirurgii ogólnej – stworzy lawinę nieprawidłowo zaopatrzonych złamań?

Trzecie pytanie. Powiedział pan o wynagrodzeniu minimalnym, które pan minister określi dla pracodawców. Moje pytanie wiąże się z pytaniami dotyczącymi wyjazdów młodych lekarzy. Kiedy dokładnie to minimalne wynagrodzenie zostanie określone? Mam nadzieję, że w tym roku.

Pytanie czwarte – ratownictwo medyczne, w przypadku którego ustawa jest już w jakimś sensie osiągalna i można do niej zaglądnąć. Lekarze medycyny ratunkowej – nie wiem, czy pan minister to wie, że mamy 514 lekarzy o tej specjalizacji i prawie 400 w trakcie specjalizacji, czyli ponad 900 lekarzy medycyny ratunkowej – mówili w rozmowach ze mną, że potrafią tylko ratować życie lub aż ratować życie. Jak to się ma do prostej, ale bardzo poważnej sprawy, jak stwierdzenie zgonu. Przecież ratownik medyczny zgonu stwierdzić nie może.

Rzecz na pewno godna uwagi – co padło z pana ust – to tak zwany dodatek motywacyjny za działania profilaktyczne. Temu można tylko przyklasnąć. Natomiast, powiedział pan minister…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, panie pośle. Proszę o ciszę na sali.

Poseł Marek Ruciński (N):

Powiedział pan coś, co mnie jako lekarza trochę obraża. Powiedział pan o premii za wynik. Odniósłbym to do tego, że jednak wracamy do przedsiębiorstwa, gdzie ci, którzy mają dobre wyniki, dostają premie. Wolałbym, żeby to zostało inaczej określone, bo wynik pracy lekarza – w moim przekonaniu – zawsze musi być dobry.

I ostatnia sprawa – statystyki Głównego Urzędu Statystycznego z 2013 r. Niestety, GUS wydatkami na ochronę zdrowia zajmuje się rzadko, ale w 2013 r. sporządził takie statystyki. Mianowicie, 70,6% wydatków na ochronę zdrowia pochodzi ze schematów rządowych i obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Dodatkowe opłaty za opiekę zdrowotną to 5,7%. Programy finansowane przez zagraniczne towarzystwa 0,2%. Opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych – to czytamy w statystykach GUS 2013 r. – wynoszą 23,6%, co stanowiło wówczas 30 mld zł. W 2013 r. udział wydatków publicznych na ochronę zdrowia wyniósł 4,5% – dodając wydatki prywatne, mimo że wiele osób płaciło podwójnie, dochodzi do 6%. Czy nie lepiej zająć się tym problemem i odpowiednio to skanalizować? Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Przepraszam, poseł Zembala.

Poseł Marian Zembala (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, zacznę od podziękowania za stanowisko w sprawie dyrektywy tytoniowej, bo czy to nam się podoba, czy nie, jest to jedna z najsilniejszych dźwigni…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, przepraszam, jedno słowo…

Poseł Marian Zembala (PO):

Teraz będę mieć pytanie…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan już za dyrektywę dziękował. Teraz pytanie.

Poseł Marian Zembala (PO):

To jest bardzo ważne i dlatego robię to jeszcze raz. Natomiast, chciałbym zadać trzy krótkie pytania.

Pierwsze. Nie jestem zwolennikiem budżetu i nie będę. Tak myślę – patrzę tu na pana posła Sośnierza, bo nikt mnie bardziej nie przekonywał w 1989 r. o celowości innego systemu – i podtrzymam tę opinię, ale to jest asumpt do innej dyskusji. Natomiast, niepokoi mnie, że bardzo maleje ranga szpitali akademickich i instytutów. W związku z wprowadzoną w tym roku regulacją zmiany wyceny świadczeń w obszarze medycyny sercowo-naczyniowej te szpitale globalnie już straciły w tym półroczu od 6 do 122 mln zł. Są to Anin, szpital Jana Pawła II, Zabrze – najważniejsze szpitale kardiologiczne w całym kraju. Jeżeli przyjmiemy tę symulację – wierzę, i dziękuję panu ministrowi i panu ministrowi Gryzie, że pan ma pewne obiekcje i pani premier również – to mielibyśmy 20-22% budżetu sercowo-naczyniowego mniej. Żaden szpital publiczny tego nie wytrzyma.

Mówił pan – i słusznie – że istotą jest poprawa dostępności. W momencie, kiedy aż tak bardzo dramatycznie obniży się przychód w tych ośrodkach, filarach polskiej medycyny sercowo-naczyniowej, w naturalny sposób dojdzie do kolejnej redukcji zarobków, co już nastąpiło w jedenastu szpitalach. W związku z tym, chcę zachęcić pana do tego, aby wzorem krajów, na które pan się powołuje – ze Skandynawią włącznie, ale też Francją – zmienić wycenę punktów. Najprostszy instrument, istniejące rozporządzenie z października ubiegłego roku na to pozwala. Pan częściowo z tego skorzystał po strajkach w odniesieniu do pediatrii. To jest taka dźwignia, żeby te szpitale utrzymać. Prosiłbym, żeby o tym nie zapomnieć. I wszystkich państwa ostrzegam przed tym, co się stanie z tymi dużymi szpitalami.

Druga uwaga. Nie było odpowiedniego klimatu, kiedy w 2008 r. mówiliśmy, że jest celowe, żeby w Polsce był asystent lekarza. Traktowano to w ten sposób, że wyprze on lekarzy. Dzisiaj już nikt tak nie myśli. W związku z tym, proponuję czym prędzej do tego wrócić. W Republice Czeskiej już oni są. Wiemy, jak ważną rolę pełnią, rekrutowani głównie z ratowników, których mamy w nadmiarze. I wiemy, co to znaczy. Przypominam nasze wspólne działania ponad podziałami. Na szczęście, środowisko pielęgniarek również nas w tym działaniu wspiera. Zwracam uwagę na to, że w Polsce jest czynnych tylko 4 tys. chirurgów ogólnych. Jesteśmy świeżo po spotkaniu w Brzegu Opolskim,

gdzie w szpitalu powiatowym – ceńmy te szpitale – jest średnio ordynator, jeszcze dwóch asystentów, z których jeden musi mieć dyżur, a drugi jeszcze zabezpiecza przychodnię. W związku z tym, proszę państwa, sprawa asystenta lekarza jest kluczowa, bo inni to robią.

I na koniec, sprawa diagnostów laboratoryjnych. Chciałbym i wierzę, że tak będzie… Tu wyrażam też pewną satysfakcję, że diagności laboratoryjni są bardzo potrzebni. Moja żona też jest analitykiem i farmaceutą. Jednak nie można zawężać możliwości pracy w laboratorium wyłączając absolwentów biochemii, biologii molekularnej i innych dziedzin, które do tego upoważniają, a nawet czynią bardziej kompetentnymi. Gdybyśmy tak zrobili, to w województwie mazowieckim tylko 30% tych osób mogłoby pracować w szpitalach. W związku z tym – już kończąc – wierzę, że to, co pan powiedział, dotyczy pilotażu. Jednak w tym pilotażu – jak sumujemy, liczymy – już pojawiło się wiele dziur. My wszyscy wiemy – ministrowie zdrowia i państwo na tej sali – że ochrona zdrowia jest najtrudniejsza. W związku z tym, to otwarcie, żeby poprawiać, a nie wprowadzać na siłę, jest bardzo oczekiwane. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Dziękuję bardzo. Drodzy państwo, panie ministrze… Jeszcze pani poseł. Bardzo proszę.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Ja ad vocem wypowiedzi pana posła Millera. Panie pośle, pan dokładnie wie, dlaczego PAKS w Nysie zdecydował, że ta placówka nie będzie świadczyć swych usług medycznych. Czy pan może chciałby troszeczkę wyjaśnić tę sytuację?

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Przecież pan wie dokładnie, na jaką kwotę PAKS realizował nadwykonania…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, nie rozmawiamy na posiedzeniu Komisji Zdrowia o nadwykonaniach pojedynczych świadczeniodawców.

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Tak, ale tutaj padł zarzut, że…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, na razie nie padł żaden zarzut. Jeśli z panem poseł Rajmundem Millerem mają sobie państwo coś do wyjaśnienia, to wyjaśnijcie to nie na forum Komisji, bo to nie to miejsce i czas. Zabieram pani głos. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos?

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

Pan poseł Miller stwierdził, że placówka w Nysie została zlikwidowana ze względu na to, iż tego typu rozwiązania są realizowane przez nasz rząd. Natomiast, nasz rząd…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

…przygotował ustawę, która daje możliwość zarówno starostwu powiatowemu w Nysie, jak i gminie w Nysie, dofinansowanie tej placówki. Ja też jak najbardziej pragnę, aby ona funkcjonowała…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):

…ale nie pozwolę na tego typu stwierdzenia…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

…przerywam pani wypowiedź. Czy może pani dostosować się do zasad prowadzenia tego posiedzenia Komisji?

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
Oczywiście, że mogę…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
To bardzo panią proszę…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
…ale też nie pozwolę na odbieranie sobie głosu.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Pani poseł, jeśli będzie trzeba, będę pani odbierać głos dlatego, że mówi pani o pojedynczych przedsiębiorcach, którzy mają taki czy inny kontrakt…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
Ten pojedynczy przedsiębiorca…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Czy pani może przerwać swoją wypowiedź, bo przerwę posiedzenie Komisji?

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
W takim razie zapytam, kto doprowadził do zamknięcia jedynej na terenie Opolszczyzny placówki, sanatorium dla dzieci …

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Jeśli pani nie zakończy swojego wypowiedź, przerwę posiedzenie Komisji!

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
Zarząd województwa opolskiego…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Pani poseł…

Poseł Katarzyna Czochara (PiS):
…w składzie z Platformy Obywatelskiej, Mniejszości Niemieckiej i PSL-u…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Ogłaszam pięciominutową przerwę. Panią dyscyplinuję i ogłaszam 5 minut przerwy.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):
Zapraszam do zajmowania miejsc. Proszę zająć miejsca. Pani poseł, rozpoczynamy posiedzenie Komisji. I teraz ja rozpocznę posiedzenie Komisji. Panie pośle Zembala, pani poseł i panie ministrze, dla pani dobra i pani bezpieczeństwa – mówię w sposób zupełnie spokojny – i naszego wspólnego dobra, proszę panią i wszystkich innych posłów, żeby na posiedzeniach komisji sejmowych tego nie poruszać i nie dyskutować – nie chcę używać nieodpowiednich słów – na temat pojedynczych kontraktów, nadwykonań, rozliczeń z NFZ-em. Mówię to – i nie chcę tego rozwijać – dla pani i naszego wspólnego dobra. Mówię to do wszystkich posłów. Nie będę tego tolerować i będę przerywać posiedzenie Komisji, bo posłowie nie są od tego.

Już oddaję państwu głos. Skończę jedno zdanie. Milczałem przez dwie godziny. Od tego są interpelacje, żeby zapytać w pojedynczych sprawach czy w sprawach, które zgłaszają nam obywatele w normalnej pracy poselskiej. Na posiedzeniach Komisji Zdrowia nie będzie tego typu zachowań, dopóki ja będę tej Komisji przewodził. I mówię to zarówno do pani poseł, jak i wszystkich innych posłów, bo zdarza się to już po raz któryś, że poruszane są sprawy kontraktów finansowych pojedynczych przedsiębiorców lub innych podmiotów leczniczych. Chcę to pani bardzo wyraźnie powiedzieć. I nie chodzi wcale o pani dyskusję czy wyjaśnianie z panem posłem Millerem. Macie wątpliwości odnośnie do sposobu finansowania jakiegoś przedsiębiorcy, to macie do tego formalne narzędzia – NFZ, rzecznika praw obywatelskich, ministra zdrowia, do których możecie się zwrócić z przemyśleniem, że coś jest nie tak, jeśli tak mówicie, ale tutaj publicznie tego rozstrzygać nie będziemy. Ja na to pozwalać nie będę.

Pan poseł Hok, a potem pan poseł Latos... Nie, pani poseł, zakończyliśmy ten wątek. Naprawdę w tej chwili o tym zdecydowałem. Przepraszam, panie pośle, pan poseł Latos jest przewodniczącym. Pan poseł Latos, proszę bardzo.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, żeby uspokoić atmosferę, chcę trzymać pana za słowo odnośnie do tej pana deklaracji, ponieważ to pan poseł Miller, który zaczął pytać o szczegółowe kontrakty dotyczące jednego szpitala – podkreślam – niepodlegającego ministrowi zdrowia, a podlegającego urzędowi marszałkowskiemu albo powiatowemu, jak rozumiem… Tak czy inaczej, ja podzielam pana zdanie, że za finansowanie lub nie tego typu placówek odpowiadają władze lokalne, czy to wojewódzkie, czy niższego rzędu i że na ten temat nie powinniśmy tutaj rozmawiać. Są pytania w sprawach bieżących, są interpelacje – zgadzam się. Natomiast, bądźmy wtedy sprawiedliwi. Prosiłbym pana, żeby pan rzeczywiście reagował w każdej takiej sytuacji. Pan poseł jest doświadczonym parlamentarzystą, który już niejeden rok tutaj zasiada, w związku z tym o pewnych procedurach powinien wiedzieć pytając ministra. Myślę więc, żebyśmy już do tego nie wracali.

Natomiast ja, ponieważ zadano wiele pytań, chciałbym złożyć wniosek formalny. Oczywiście, chciałbym żeby pan minister odpowiedział na te pytania, bo tego wymaga kultura debaty, a następnie żebyśmy przegłosowali to, że przyjmujemy tę informację, a w związku z tym jej dzisiejsze przedstawienie wyczerpuje całość debaty na ten temat, bez potrzeby zabierania głosu w tej sprawie na sali plenarnej. Taki wniosek składam, panie przewodniczący. A teraz, oczywiście – tak, jak i pan – poproszę o odpowiedź pana ministra…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Panie pośle, zanim zamkniemy dyskusję wypowiedzą się wszyscy posłowie, tak jak zawsze na tej sali bywało. Z mojej strony nigdy nie będzie próby… Nie, bo jeszcze są posłowie w kolejce. Ja także nie zabrałem głosu.

Chcę tylko przypomnieć, panie pośle, przyjmując pana apel, że w poprzedniej kadencji zwołał pan specjalne posiedzenie Komisji Zdrowia w sprawie reorganizacji Oddziału Proktologii w Szpitalu SOLEC. Takie posiedzenie Komisji Zdrowia było zwołane. Byłem na nie zaproszony. Pan poseł Hok.

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie ma co odpowiadać. Jeżeli jest wniosek grupy posłów, to wtedy jest temat proponowany. Prosiłbym więc, żeby to było jasne…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Ja tylko przypominam fakty…

Poseł Tomasz Latos (PiS):

Ja też przypominam fakty.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, przed chwilą pan przewodniczący Latos apelował o złagodzenie tej atmosfery, a ja właśnie w takim tonie. Przede wszystkim chciałbym serdecznie podziękować panu ministrowi za prawie godzinne wystąpienie, w którym pan przybliżył chyba znany wszystkim dokument, jakim jest „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia" – dokument ogólnie znany. Myślę, że przypomnienie go nam po raz kolejny było oczywiście celowe, ale większość z nas o tym doskonale wie. Czekaliśmy na więcej szczegółowych informacji dotyczących tego projektu. Jednak, w tym projekcie zabrakło mi kilka rzeczy, na które chciałbym zwrócić uwagę.

Wszyscy doskonale wiemy, jaka jest sytuacja demograficzna w naszym kraju, że społeczeństwo się starzeje. A społeczeństwo Polaków starzeje się najszybciej w Europie. To jest chyba fakt niezaprzeczalny. Dlatego w tym projekcie o sieci szpitali brakuje mi szpitali geriatrycznych, oddziałów długoterminowych czy oddziałów opiekuńczych.

Brakuje również opieki nad dzieckiem, bo dzisiaj mamy lukę opiekuńczą, jeśli chodzi o poradnie pediatryczne. Przecież nie ma w AOS czegoś takiego jak poradnia pediatryczna, a opieka nad dziećmi jest coraz trudniejsza, jeśli chodzi o początki leczenia i diagnostyki. Dlatego uważam, że powinniśmy zachęcić szpitale, które nie znajdą się w sieci szpitali – a na pewno takie będą – do otwierania oddziałów opiekuńczych, długoterminowych, rehabilitacyjnych, a także przypomnieć im o geriatrii, która będzie dla nas wyzwaniem na najbliższe lata i dekady. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł Radziszewska.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Bardzo dziękuję. Ja, w przeciwieństwie do pana posła Hoka, nie jestem usatysfakcjonowana godzinną wypowiedzią pana ministra, a mając na uwadze odpowiedzi, to ponad godzinną wypowiedzią. A to, dlatego że nadal panu się wydaje, że jest w okresie przedwyborczym i można opowiadać wszystko „na okrągło". Gdyby z tego, co pan powiedział, dokładnie wycisnąć to, o co chodzi, zostanie niewiele.

Powiem szczerze, że nadal nie rozumiem, po co jeden fundusz zamieniać na drugi, jakie z tego mają płynąć korzyści, skoro Narodowy Fundusz Zdrowia jako jednostka podległa ministrowi zdrowia, jednostka rządowa, publiczna, ma być zmieniona na coś, co też będzie pionowo podporządkowane ministrowi. Jacyś urzędnicy będą w urzędzie wojewódzkim. Nadal będzie kontraktowanie świadczeń, bo słyszeliśmy dzisiaj o konkursach. Powiem szczerze, że ja tego nie rozumiem, bo – jak sam pan powiedział – większych środków nie będzie, chociaż pan powiedział, że podstawą dobrej zmiany w służbie zdrowia jest co najmniej 40 mld zł. Jednak, jak się okazuje, jeśli chodzi o to, kiedy te nakłady będą większe, nie ma pan nic do powiedzenia, ponieważ rząd za panem nie stoi.

Chciałabym dokładnie się dowiedzieć, panie ministrze, co polskiemu pacjentowi ma dać likwidacja NFZ-u i stworzenie NFZ bis, podległego panu i wojewodzie. Jak będzie wyglądać likwidacja NFZ, zwolnienia ludzi, zatrudnianie nowych ludzi u wojewody? Ile to będzie kosztować? Z jakich pieniędzy to będzie finansowane? Ile pan zamierza zabezpieczyć pieniędzy tylko na zmianę, która nie niesie – przynajmniej na tyle, na ile pan nam dzisiaj powiedział – żadnych korzyści dla pacjenta. Nadal nie wiemy, jak będzie wyglądać sprawa skrócenia kolejek i jak będzie wyglądać opieka nad pacjentem, którą pan nazywa skoordynowaną. Takich szczegółowych informacji pan nie raczył nam dzisiaj przekazać.

Powiedział pan, że pieniądze będą w budżecie. Żaden system budżetowy nie zagwarantuje takiego ich zabezpieczenia i zabukowania w NFZ, że żaden polityk nie może ich ruszyć.

Pan powiedział, że skończy się składka i nie będzie już ubezpieczenia. Ile mniej pieniędzy będzie w systemie, skoro będzie to elementem podatku, a wiadomo, że płacimy 7,75% z podatku, a 1,25% dodatkowo na składkę. Nie możemy sobie tego odliczyć od podatku. Ponadto, bardzo wiele podmiotów płaci dodatkowo składkę zdrowotną poza podatkami. Jeśli ktoś pracuje w trzech miejscach pracy, płaci trzykrotnie składkę. O ile mniej pieniędzy będzie pan mieć w systemie? To jest zasadnicze pytanie. I nie może pan powiedzieć, że jesteśmy na takim etapie, że nie wiemy, ile, tak jak pan powiedział o „4000 plus", że pan nie wie. Tu nie ma „nie wiem". Pan musi wiedzieć. To są pieniądze, które są potem przekazywane na leczenie polskich pacjentów.

W sprawie „4000 plus" – już nawiasem mówiąc – w tym tygodniu przyjmiemy tę ustawę. Dzisiaj rano pani minister rodziny, pracy i polityki społecznej, jeśli chodzi o tę ustawę mówiła, że w tym zespole był pana przedstawiciel, pierwszy pana zastępca, pan minister Pinkas. I pan dzisiaj mówi, że nie wie, ile to będzie kosztować, skoro będzie opieka prenatalna, spec opieka z zakresu opieki ambulatoryjnej specjalistycznej, leczenia szpitalnego, w tym zabiegi wewnątrzmaciczne, wsparcie psychologiczne, rehabilitacja lecznicza, zaopatrzenie w wyroby medyczne, opieka paliatywna i hospicyjna oraz poradnictwo laktacyjne. Ile to będzie kosztować, panie ministrze? Ile? Pan mówi, żeby pytać kogoś innego. To może pan nie doczytał dokumentów, jakie wypracował pana rząd i nie rozmawiał pan ze swoim zastępcą.

Pan mówi o sieci szpitali. My z tych konsultacji społecznych, o których pan mówi, że się zakończyły, mamy jeden przekaz – usiądźmy ponownie do stołu i od nowa rozmawiajmy. To znaczy, że, jeśli chodzi o pana pomysł na stworzenie sieci szpitalnych i finansowanie szpitali konkretną kwotą – niepłacenia za procedury i nierozliczania procedur – będziemy mieć do czynienia z tym, co było przed 1999 r. Pamięta pan, jak wyglądało rozdzielanie pieniędzy przez wojewodów. To pan dokładnie pamięta. I pan wie, że to był najlepszy system do kreowania zadłużenia.

Ciekawa jestem, o ile wzrośnie utrzymanie szpitali, bo jak to będzie wyglądać, jeżeli lekarze i pielęgniarki nie będą na kontraktach, a będą na etatach. Na ile w tych szpitalach starczy pieniędzy na świadczenia? Niestety, to nie jest tylko jedzenie w szpitalu i pensje lekarskie. Każdy zabieg operacyjny, każde badanie diagnostyczne, każda terapia kosztują konkretne pieniądze. Chciałabym więc dopytać, jak ma wyglądać opieka szpitalna, bo na razie, z tego, co pan mówi, wyłania się chaos. Jak będzie wyglądać kontraktowanie? Skoro pan mówi, że część szpitali dostanie konkretną kwotę pieniędzy bez konkursu, a pozostali będą stawać do konkursu, to co będzie z ambulatoryjną opieką specjalistyczną. Przecież to jest niezbędny element pomiędzy szpitalem a lekarzem POZ. Zdobył się pan tylko na to, żeby na poprzednie posiedzeniu Sejmu wprowadzić niedopracowaną propozycję, by lekarze mogli handlować szczepionkami i być może w ten sposób uwieść lekarzy POZ, żeby przyjęli z pana rąk większą odpowiedzialność i więcej rzeczy, które powinni zrobić. Jestem bardzo ciekawa, jak to się skończy…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, proszę zmierzać do zakończenia wypowiedzi.

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Ja na poprzednim posiedzeniu Sejmu, na poprzednim posiedzeniu Komisji, poprosiłam o metryczkę, panie ministrze – i teraz też pana o to proszę – jak powstawał przepis dotyczący szczepionek. I na koniec chciałabym jeszcze zapytać, panie ministrze, co będzie z pieniędzmi na szczepionki przeciw pneumokokom. Obietnice przedwyborcze wszyscy znamy. A jaka będzie rzeczywistość dotycząca tych szczepionek?

Chciałabym też pana zapytać o „leki 75 plus”, bo na razie pacjenci idą do apteki i odchodzą z receptą…

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Pani poseł, musi pani zmierzać do końca. Przepraszam, pani poseł, ale mamy salę do godziny 15.00, więc uprzedzam, że przerwę posiedzenie…

Poseł Elżbieta Radziszewska (PO):

Już ostatnie pytanie. Chciałabym pana ministra zapytać, kto pracuje nad nową ustawą refundacyjną. Czyżby pan Łanda, o którym piszą we wszystkich gazetach i w bardzo wielu aspektach, który został odsunięty od tworzenia list leków refundowanych? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bartosz Arłukowicz (PO):

Bardzo państwa proszę o zachowanie ciszy. W związku z tym, że salę mamy do godziny 15.00, ogłaszam przerwę. Dalsza część posiedzenia Komisji będzie jutro po głosowaniach.

Przerwałem w tej chwili posiedzenie Komisji. Jutro posiedzenie Komisji po głosowaniach. Dziękuję bardzo.